

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-763020

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 432 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : OUARTI MUSTAPHA  
 Date de naissance : 11.1939  
 Adresse : 49 RUE AL BACHAFI 1049 Casablanca  
 Tél. : 06 61 14 42 43 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 MARS 2023  
 Nom et prénom du malade : OUARTI MUSTAPHA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Douleur, impuissance et éjaculation  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

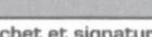
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 31.03.2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 MARS 2023	5		500,00	 Dr. Abdoulaye Diallo Médecin Généraliste N° 08/24 2

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <b>RADIOLOGIE MARBIE</b> <b>BENYAHIA</b> M. BENYAHIA Sur Mohamed Saïd 22 25 74 8	30/03/23	K 200 K 40 r 2	1180 DHS

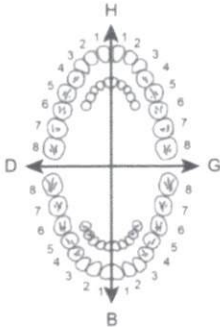
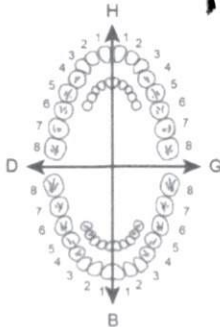
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa  
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 30/03/2023

## Facture

Nom & Prénom : **OUARTI MUSTAPHA**  
Date d'examen : 30/03/2023

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE 2 EPAULES BASSIN F	
Montant TOTAL	1180 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**MILLE CENT QUATRE VINGT DH**

RADIOLOGIE DU MAARIF  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Mohamed BAHY  
Tél : 0522257482  
Fax : 0522237705

17, Rue Mohamed BAHY (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-  
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705

**CABINET DE RHUMATOLOGIE  
PROFESSEUR BENNIS RAJAA**

**NOTE D'HONORAIRE**

Casablanca, le 28 MARS 2023.

Nom - Prénom du patient :

P. OUART, MUSTAHA

ACTE ACCOMPLI :

Consultation

Arrêtée la présente facture à la somme de :

5000

Cinq cent Dirhams

76 Bd ABDELMOUMEN, Apt 24 - Casablanca- Tél : 0522 23 73 73 - 0522 23 49 49

# Professeur Rajaâ BENNIS

PROFESSEUR UNIVERSITAIRE DE RHUMATOLOGIE

Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations

PROFESSEUR (PA) DE MEDECINE INTERNE

Ancienne Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca

Ex. Résidente Extrangère des Hopitaux de Paris



## الأستاذة رجاء بنيس

أستاذة جامعية في أمراض الروماتيزم  
أخصائية في أمراض العظام و المفاصل  
أستاذة في الطب الباطني

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le : 28 MARS 2023

To. OUST? Tustypa

- Echographie 2 épaules.  
(ruptures tendineuses) =
- RX Bassin face

RADIOLOGIE MAARIF  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Med. Bahi  
Tél : 0522 25 74 82  
Fax : 0522 23 77 05

Dr. Rajaâ BENNIS  
Professeur de Rhumatologie  
76, Bd. Abdelmoumen-Casablanca  
Tél : 0522 23 73 73

RADIOLOGIE MAARIF  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Med. Bahi  
Tél : 0522 25 74 82  
Fax : 0522 23 77 05

Casablanca , le 30/03/2023

**Mr. OUARTI MUSTAPHA**  
**DR BENNIS RAJAA**

**Rx BASSIN FACE :**

- Coxarthrose bilatérale avec pincement coxo-fémoral et géode sous chondrale plus marquée au niveau des versants supéro-externes.
- Sacro-iliite bilatérale.
- À noter une arthrose L4-L5 et L5-S1.

**ECHOGRAPHIE DES DEUX EPAULES :**

**À droite :**

- On note une rupture transfixiante et ancienne du tendon sus épineux avec rétraction tendineuse et une amyotrophie musculaire.
- Pas d'anomalie des autres tendons de la coiffe.
- Pas d'épanchement intra-articulaire.

**À gauche :**

- Présence d'un épanchement intra-articulaire et de la bourse sous acromio-deltoïdienne.
- Le tendon sus épineux présente une rupture de la partie proximale avec un aspect hétérogène du reste du tendon sans rétraction tendineuse.
- Pas d'anomalie des autres tendons de la coiffe.

**AU TOTAL :**

- **RUPTURE ANCIENNE DE LA COIFFE À DROITE.**
- **RUPTURE RÉCENTE DE LA COIFFE GAUCHE AU DÉPENS DU SUS ÉPINEUX AVEC ÉPANCHEMENT INTRA-ARTICULAIRE ET DE LA BOURSE SOUS ACROMIO-DELTOÏDIENNE.**
- **À COMPLÉTER ÉVENTUELLEMENT PAR UNE IRM POUR BILAN.**

*Avec mes amicales salutations.*

**RADIOLOGIE MARIAGE**  
**DR. BENYAHIA Z.**  
17, rue Méd. Edm  
Tél. 032 34.82  
Fax : 032 34.85